

¿Dónde está lo comunitario? Experiencias de un hacer en situación

Andrea Luciana Roumieu, Victoria Soledad Anastasio Villalba y Martín Oscar Agrazar

andrearoumieu@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

Eje temático: Psicología Comunitaria

Resumen

Cuando hablamos del psicólogo en lo comunitario nos aparecen algunos interrogantes, ¿contamos con herramientas para poder intervenir? ¿Tiene la formación académica incidencia en los obstáculos que leemos a la hora de pensarnos psicólogos en comunidades? ¿Qué hace un psicólogo con lo comunitario? ¿Qué es lo comunitario? Sabemos que, el título, habilita al trabajo en centros de salud, escuelas, etc., instituciones imbricadas en barrios y comunidades que presentan dinámicas de trabajo que lejos están de la imagen del psicólogo psicoanalista (nativo de consultorio privado y diván) que nuestra formación nos brinda y construye a la vez. Queda en el plano de lo extranjero todo lo que no refiere a ese dispositivo pensado como único posible.

A primera vista, se presenta una tensión entre dos campos de problemas que no va de suyo que sean compatibles. El psicólogo por un lado y lo comunitario por el otro, se muestran en nuestra formación como distantes. La construcción de herramientas para intervenir se dificulta en el campo de lo comunitario y creemos que es necesario revisar por qué.

Como integrantes de la cátedra de Psicoterapia II, consideramos la existencia de una producción *psicólogo* en trascendencia, que implica un modo de ser y hacer en un encuadre determinado, matizado, con un lugar, una función y un saber prescrito de forma universal. Desde nuestra propuesta pedagógica, intentamos elucidar producciones subjetivas que llevan a los estudiantes de Psicología a pensarse como técnicos del saber que intervienen desde una lectura a priori. Con producción de subjetividad nos referimos a la manera de percibir el mundo y los heterogéneos modos de expresión (Guattari & Rolnik, 2005). Buscar encajar una experiencia en un corpus teórico es lo que fundamenta que esa posición subjetiva deba ser conmovida para pensar en situación, al decir de Ignacio Lewkowicz. Solo así, pensando en situación, podemos habilitar un

posicionamiento otro, un posicionamiento clínico que apueste a realizar lecturas inmanentes. Dirá el autor, "no saber resulta necesario para poder pensar; no se trata de conocer más y más técnicas y teorías para intervenir eliminando los problemas, sino de legitimar el trabajo de construir una subjetividad comunitaria" (De la Aldea & Lewkowicz, 1999: s/p). Adherimos a la idea de que para pensar la clínica hay que despojarse de un saber *a priori* que coagula, endurece y configura el campo desde afuera, con el cual se evita poder conformar un común de pensamiento.

Con la intención de pensar a este psicólogo-profesional *psi* que interviene lo comunitario desde cierta posición, tenemos que dar paso a la elucidación sobre cómo se produce este profesional de la salud comunitaria y qué efectos tiene a la hora de intervenir. Profesional que se produce en el mismo momento que lo comunitario en situación, dando lugar a una configuración totalmente novedosa. Problematizar la posición del psicólogo que se inserta en un hospital, un centro de salud, un barrio y que lleva sus bagajes de conocimiento, sus teorías e ideas, sus saberes sobre lo que hay que hacer ahí, habilita otros modos de pensar eso que hacemos y dónde lo hacemos. La decisión ético-política que enmarca esta intervención intenta evitar que se configure un modo psicólogo que va a "ordenar aquello que está desordenado" por lo que, antes de ver con que se encuentra y que se puede crear allí, repite recetas que pocas veces son efectivas.

Consideramos que la comunidad no preexiste a la intervención, no es homogénea o necesariamente remite a una geografía específica. Realizar el pasaje de pensamiento de una comunidad sustancial a una comunidad problemática nos permite, por medio de la noción de problema común, construir un nosotros, una comunidad de pensamiento. Ya no se trata de salvar o arreglar eso anómalo, sino mirar, percibir, sentir, registrar, agenciar y vincularse con lo que hay. De ahí la propuesta de realizar un taller, espacio vivencial en el que hay que moverse y sacudir aquellos supuestos que no solo son del pensamiento, sino que responden a un saber del cuerpo que hay que conmover. Explorar las conjeturas sobre lo comunitario, delimitar territorios de intervención, pensarse en situaciones que serán puestas en escena por medio de dramatizaciones, registrar afectos que esa posición produce nos permitirá armar un espacio de reflexión de aquello que se haría en un barrio que se va produciendo en el momento en que se está pensando. Qué hace barrio, qué produce comunidad, implica pasar de los sustantivos a los verbos que motivan un hacer, siendo nuestro objetivo el constituir una Comunidad Clínica (Ulloa, 1973) para pensar la práctica comunitaria.

Palabras clave: psicólogo, comunidad, posicionamiento, situación

Abstract

When we talk about the psychologist in the community we have some questions: do we have tools to intervene? Does academic training have an impact on the obstacles we see when we think about psychologists in communities? What does a psychologist do with the community? What is community? We know that the college degree qualifies us to work in Health Centers, Schools, Youth Activity Center, Addiction Prevention Center, etc., institutions imbricated in neighborhoods and communities that present dynamics of work that are very different from the image of the psychoanalyst (native of private practice and divan) that our formation gives us and builds at the same time. It remains in the plane of the foreigner everything that does not refer to that device thought as unique possible.

At first glance, there is a tension between two fields of problems that are not compatible with each other. The psychologist on the one hand and the community on the other, they are shown in our formation as distant. The construction of tools to intervene is difficult in the field of community and we believe that it is necessary to review the reasons of that. As members of the cathedra of Psychotherapy II, we consider the existence of a psychologist production in transcendence, which implies a way of being and doing in a given framing, that is matrix, with a place, a function and knowledge universally prescribed. From our pedagogical proposal we try to elucidate subjective productions that lead students of psychology to think of themselves as technicians of knowledge who intervene from an a priori reading. With Production of Subjectivity we refer to the way of perceiving the world and the heterogeneous modes of expression (Guattari & Rolnik, 2005). To seek to fit an experience into a theoretical corpus is what base that subjective position must be shake to think in situation, as Lewkowicz says. Just so, thinking of situation, we can enable other position, a clinical position that bets to make immanent readings. The author will say, "not knowing is necessary to think, it is not about knowing more and more techniques and theories to intervene by eliminating the problems, but to legitimize the work of constructing a community subjectivity." (De la Aldea & Lewkowicz, 1999) We adhere to the idea that in order to think about the clinic we have to take off an a priori knowledge that coagulates, hardens and configures the field from the outside, which avoids being able to form a common of thought.

With the intention of thinking to this psychologist-psi professional that intervenes the community from a certain position, we have to elucidate about how this professional of the community health takes place and what effects he has when he comes to intervene. Professional that is produced at the same time as the community in situation, giving rise to a totally new flanged configuration. To problematize the position of the psychologist who is inserted in a hospital, a health center, a neighborhood and that carries their baggage of

knowledge, theories and ideas, knowledge about what needs to be done there, enables other ways of thinking that we do and where we do them. The political and ethical decision that frames this intervention tries to avoid that it is configured a way of being psychologist that is going to "order that which is disordered" reason why, before seeing what he finds and what can be created there, he repeats prescriptions that are rarely effective. We consider that the community does not pre-exist to the intervention, it is not homogeneous or necessarily refers to a specific geography. Making the passage of thinking from a substantial community to a problematic community allows us, through the notion of a common problem, to build an *us*, a community of thought. It is no longer a matter of saving or fixing the anomaly, but looking, perceiving, feeling, searching, acting and linking with what there is. From there the proposal of a workshop, a living space in which we must move and shake those assumptions that are not only of thought, but respond to a knowledge of the body that must be moved. To explore the conjectures about the community, to delimit territories of intervention, to think about situations that will be staged by means of dramatizations, to register affections that this position produces will allow us to create a space of reflection of what would be done in a neighborhood that is taking place at the moment it is been thinking. What does it make neighborhood, what does it produce community, implies to move from the nouns to the verbs that motivate a doing. Our objective is to constitute a Clinical Community (Ulloa, 1973) to think community practice.

Keywords: psychologist, community, positioning, situation

Referencias bibliográficas

De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1999). "Subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud", s/d [Texto inédito].

Guattari, F, y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta limón.

Ulloa, F. (1973). *Comunidad Clínica* [Ficha de circulación interna] Cátedra Psicoterapia II: Facultad de Psicología (UNLP).